



学校法人 西野学園  
**歯科衛生士科 求人票**

※ □には、■印でご記入ください。  
 新卒者  
 既卒・有資格者

歯科衛生士科

求人内容を変更したときや  
 求人が充足したときは速やかにお知らせ下さい

フリガナ	設立	年	フリガナ
法人名	代表者 役職/ 氏名		フリガナ
フリガナ	設置	年	フリガナ
事業所名	管理者 役職/ 氏名		フリガナ
事業所在地	(〒 - ) 線 駅・バス停 から徒歩 分		採用担当者 部 課 役職/氏名
書類提出先	(〒 - ) 線 電話 ( ) - ホームページ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		電話 ( ) - FAX ( ) - Eメール
診療科目	<input type="checkbox"/> 一般歯科 <input type="checkbox"/> 矯正歯科 <input type="checkbox"/> 小児歯科 <input type="checkbox"/> 口腔外科 <input type="checkbox"/> その他( )		診療時間 募集人数 <input type="checkbox"/> 増員 <input type="checkbox"/> 欠員募集 名 <input type="checkbox"/> その他( )
全従業員数	歯科医師 名(常勤 名) (非常勤 名) 歯科衛生士 名(常勤 名) (非常勤 名) 歯科技工士 名(常勤 名) (非常勤 名) 歯科助手 名(常勤 名) (非常勤 名) 受付事務 名(常勤 名) (非常勤 名) その他 名(常勤 名) (非常勤 名)		求人等 (職務内容の詳細) 雇用の期間の定め <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・有期雇用の場合、正社員登用制度 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
勤務条件	区分\年課程	3年制卒業	試用期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	賃金形態	<input type="checkbox"/> 月給制 <input type="checkbox"/> 年俸制 <input type="checkbox"/> その他( )	( )ヶ月 ※ 有の場合は下記条件をご記入ください
	基本給	円	円
	手当	円	円
	手当	円	円
	手当	円	円
	手当	円	円
	計(税込)	円	円
	月想定支給額	約 円	約 円
	入職2年目年収	約 円	約 円
休日	<input type="checkbox"/> 日曜 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> 土曜 ( ) 曜日 年間休日数 日 週休2日制 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> その他( ) ) <input type="checkbox"/> 無		交替制 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 勤務時間 時 分 ~ 時 分 時 分 ~ 時 分 時 分 ~ 時 分 時 分 ~ 時 分 休憩時間 分 変形労働時間制 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 残業 月平均 時間 深夜勤務 月平均 回
加入保険等	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 歯科医師国保 <input type="checkbox"/> 雇用 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 ( <input type="checkbox"/> 全額自己負担 <input type="checkbox"/> 事業所負担有 円 )		賞与 <input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 上限 ( ) 年 回・計 力月分 支給月 試用期間中 年 回 昇給 円 うち定期昇給分 円
退職金制度	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無		研修制度
退職金制度	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 自己負担 <input type="checkbox"/> 事業所負担 <input type="checkbox"/> 無
説明会	日時	<input type="checkbox"/> 別途通知 ① 月 日 ② 月 日	場所( ) <input type="checkbox"/> 別途通知
応募書類	<input type="checkbox"/> 履歴書 <input type="checkbox"/> 卒業見込み証明書 <input type="checkbox"/> 成績証明書 その他 ( )		選考 日時 月 日 ~ 月 日 月 日 以降 随時 場所
受付期間	月 日 ~ 月 日		<input type="checkbox"/> 別途通知 月 日 時 分 <input type="checkbox"/> 以降随時
受付方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他		検査 <input type="checkbox"/> 適性 <input type="checkbox"/> その他( )
選考方法	筆記 <input type="checkbox"/> 専門 <input type="checkbox"/> 常識 <input type="checkbox"/> 質問票 <input type="checkbox"/> 作文( )字 <input type="checkbox"/> 無 面接 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 集団 <input type="checkbox"/> グループディスカッション その他		検査 <input type="checkbox"/> 適性 <input type="checkbox"/> その他( )
補足	職場見学 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		学園使用欄

【ご送付先】 学校法人 西野学園 札幌医療科学専門学校 歯科衛生士科  
 〒060-0004 札幌市中央区南4条西11丁目1290-2  
 FAX 011-521-8886 e-mail dhika@nishino-g.ac.jp TEL 011-521-8882